

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 322-5330



June 12, 1985

ALL-COUNTY INFORMATION NOTICE I- 51-85

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: CA 23, CA 24 and CA 73 FORMS (SPANISH)

REFERENCE: ACL 85-23
FSD LETTER 85-07

The purpose of this letter is to provide you with reproducible copies in Spanish of the following forms: CA 23, Senior Parent/Legal Guardian Statement of Facts - Supplement to the CA 2; CA 73, Senior Parent/Legal Guardian Income Report - Supplement to Monthly Eligibility Report; and the CA 24, Sponsoring Agency or Organization's Statement of Facts Regarding Ability to Meet the Alien's Needs - Supplemental Application for AFDC.

As you were informed earlier, the State Department of Social Services will not be printing and stocking supplies of these forms because usage of these forms is expected to be low. Counties should reproduce their own copies as needed.

If you have any questions about the attached forms, please contact Henry Puga of the AFDC Policy Implementation Bureau at (916) 324-2725.


ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

DECLARACIÓN DE HECHOS DE LOS PADRES MAYORES/ TUTORES LEGALES

Nombre del Caso:

Número del Caso:

(Suplemento del CA 2)

INSTRUCCIONES: Los reglamentos estatales y federales requieren que cuando un padre o madre que es menor de edad (menor de 19 años) solicita asistencia monetaria a través del programa de Asistencia a Familias con Niños Necesitados (AFDC), los ingresos del padre o madre mayor o del tutor legal que viva en el mismo hogar deben ser tomados en cuenta. El departamento de bienestar del condado tiene que determinar qué cantidad de los ingresos de los padres mayores o de los tutores legales considerará a disposición de los padres menores de edad al determinar la elegibilidad, y la cantidad que va a otorgar.

- Para que el departamento de bienestar del condado pueda determinar qué cantidad de los ingresos se contará y se considerará a disposición suya, usted tiene que completar esta forma (CA 23) en su totalidad, y devolverla junto con su CA 2. Si no se recibe o si está incompleta esta forma, se negará su solicitud para asistencia monetaria.
- Conteste las siguientes preguntas sobre sus padres o tutores legales que vivan con usted.
- Llame a su trabajador(a) si necesita ayuda para llenar esta forma.

1 ¿Recibe su padre o su madre o tutor legal ingresos, dinero, o beneficios durante el mes, tales como: salarios, pagos por entrenamiento, crédito de impuestos sobre ingresos ganados, beneficios de huelga, seguro social, jubilación del ferrocarril, seguro contra desempleo/incapacidad, interés, compensación por lesiones de trabajo, SSI/SSP (cheques dorados), sostenimiento a hijos/pensión alimenticia, préstamos, subvenciones, reembolso de impuestos, regalos de dinero, vivienda/servicios municipales o públicos gratuitos, etc.?

SÍ NO

Si contestó que sí, complete la siguiente sección. Adjunte talones de pago u otros comprobantes de los salarios de sus padres/tutores. También adjunte comprobantes para cualesquier otros ingresos recibidos. Si alguien trabaja por cuenta propia, liste los gastos relacionados con dicho negocio en una hoja aparte y adjunte prueba de los ingresos y los gastos cada mes.

Nombre(s) del padre/tutor legal que recibió ingresos, dinero o beneficios	Fuente (Si son salarios, liste el nombre del empleador)	Escriba abajo la cantidad en dólares y las fechas en que realmente la recibió. Si son salarios, escriba la cantidad bruta (antes de las deducciones).					Si son salarios	
		Cantidad \$	Cantidad \$	Cantidad \$	Cantidad \$	Cantidad \$	No. de días trabajados al mes	No. de horas trabajadas al mes
		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		
		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		

2 ¿Sostienen y declaran sus padres/tutores legales a otras personas que viven en el hogar como dependientes para impuestos federales? Si responde que sí, escriba los nombres de las personas y el parentesco.

SÍ NO

Nombre	Parentesco	Nombre	Parentesco

3 ¿Hacen sus padres/tutores legales pagos a personas que no viven con ellos a quienes declaran como dependientes para los impuestos federales? Si responde que sí, escriba los nombres de las personas, la cantidad pagada y ADJUNTE comprobantes.

SÍ NO

Nombre	Cantidad Pagada	Nombre	Cantidad Pagada
	\$		\$

4 ¿Hacen sus padres/tutores legales pagos de sostenimiento a hijos o pensión alimenticia a personas que viven fuera del hogar? Si responde que sí, escriba los nombres de las personas, la cantidad pagada y ADJUNTE comprobantes.

SÍ NO

Nombre	Cantidad Pagada	Nombre	Cantidad Pagada
	\$		\$

CERTIFICACIÓN

Comprendo que el no reportar información o el representar falsamente los hechos para recibir Asistencia Monetaria o Medi-Cal basada en Asistencia Monetaria puede causar prosecución legal con sanciones de multa, encarcelamiento, o ambas cosas.

Comprendo que debo comunicarme con mi trabajador(a) para reportar cualesquier cambios que afecten mi elegibilidad para o la cantidad de mi Asistencia Monetaria dentro de 5 días de la fecha en que ocurran o si tengo alguna duda sobre si necesito reportar cualesquier cambios.

Declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en este reporte es verdadera y correcta.

DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE REPORTE O SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO.

Firma del padre o madre menor de edad que recibe asistencia monetaria	Condado donde se firmó	Fecha en que se firmó
---	------------------------	-----------------------

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

**DECLARACIÓN DE HECHOS DE LA ORGANIZACIÓN
O AGENCIA RESPECTO A LA CAPACIDAD PARA CUBRIR
LAS NECESIDADES DE EXTRANJEROS
(SOLICITUD SUPLEMENTARIA PARA AFDC)**

Nombre del caso :
Número del caso :
No. del(a) trabajador(a) :
Teléfono :
Fecha :

INSTRUCCIONES: Por favor lea la importante información al reverso de esta forma y complete las siguientes preguntas para su organización o agencia, y devuélvala a la persona extranjera inmediatamente.

Nombre y domicilio del(a) solicitante

1 Según el criterio de AFDC, la cantidad mensual que cubre las necesidades de este extranjero es de \$ _____	¿Puede su organización o agencia pagar esta cantidad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
---	---

SI ES ASÍ, COMPLETE LA PARTE **3** Y LA SECCIÓN DE CERTIFICACIÓN QUE SIGUE. SI NO, COMPLETE LAS PARTES **2**, **3** Y LA SECCIÓN DE CERTIFICACIÓN.

2 ¿Cuánto puede contribuir su organización o agencia para ayudar a cubrir las necesidades mensuales del extranjero? \$ _____

OTRAS CONTRIBUCIONES: ¿Vivienda gratuita, comida, etc.? (especifique) _____

3 NOMBRE DE LA AGENCIA/ORGANIZACIÓN _____

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE)	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL

CERTIFICACIÓN DEL(A) PATROCINADOR(A)

- Comprendo que el representar falsamente las declaraciones en ésta puede resultar en prosecución legal con sanciones de multa, encarcelamiento, o ambas cosas.
- Comprendo que si no reporto información correctamente, se me puede exigir que reembolse cualquier asistencia que el extranjero reciba a la cual no tenga derecho.
- Comprendo que las declaraciones hechas en esta forma están sujetas a investigación. También estoy consciente de que el caso del extranjero y la declaración del patrocinador pueden ser seleccionadas para una revisión adicional con el fin de asegurar que la elegibilidad del extranjero fue determinada correctamente.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES EN ÉSTA SON VERDADERAS Y CORRECTAS.

FIRMA DEL(A) PATROCINADOR(A)	CARGO	REPRESENTANTE
CONDADO EN QUE SE FIRMÓ		FECHA

CERTIFICACIÓN DEL(A) SOLICITANTE

- He revisado esta forma, ya firmada y completada por mi(s) patrocinador(es).

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA DEL EXTRANJERO O MARCA DEL DECLARANTE	FECHA
CONDADO EN QUE SE FIRMÓ	

FIRMA DEL TESTIGO DE LA MARCA DEL EXTRANJERO O DECLARANTE	FECHA
---	-------

EXTRANJEROS PATROCINADOS POR UNA ORGANIZACIÓN O AGENCIA QUE SOLICITAN O RECIBEN ASISTENCIA A FAMILIAS CON NIÑOS NECESITADOS

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EXTRANJEROS QUE TIENEN PATROCINADORES

Su organización o agencia patrocinadora es responsable de cubrir las necesidades de usted durante los tres años siguientes a su entrada a los Estados Unidos. Mientras que su organización o agencia patrocinadora pueda cubrir sus necesidades, usted no puede calificar para beneficios de AFDC. Sin embargo, si su patrocinador ya no existe, o no puede cumplir con su obligación de proveer para sus necesidades, usted puede ser elegible para beneficios.

Para poder determinar si usted puede calificar para AFDC, el Departamento de Bienestar del Condado debe examinar la capacidad de su patrocinador para cubrir las necesidades de usted. Su patrocinador debe proporcionar la información pedida al frente de esta forma (CA 24).

Usted tiene la responsabilidad de asegurarse de que toda la información pedida de parte suya y de su patrocinador sea recibida por el departamento de bienestar del condado. Su patrocinador debe proporcionar la información pedida al frente de esta forma. Si su patrocinador no proporciona la información pedida, usted no será elegible para asistencia.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS PATROCINADORES

El(la) extranjero(a) que su organización o agencia patrocina ha solicitado AFDC. Como patrocinador de este extranjero, su agencia está obligada a cubrir las necesidades de él(ella) por un período de tres años después de su entrada a los Estados Unidos.

Los reglamentos de California requieren que el Departamento de Bienestar del Condado determine hasta qué punto puede su agencia cubrir las necesidades de este extranjero con el fin de determinar si el extranjero califica para asistencia pública. La forma adjunta tiene que ser completada y firmada bajo pena de perjurio. Debe ser firmada por el(la) director(a) de su organización o agencia (o por otra persona con un cargo de responsabilidad comparable).

Si el extranjero recibe beneficios a los cuales no tiene derecho debido a que usted no reportó información correctamente, su agencia y/o el extranjero posiblemente tengan que reembolsar estos beneficios.

Estos requisitos permanecen en vigor desde la fecha de admisión del extranjero a los Estados Unidos como residente permanente hasta tres años después.

REPORTE DE LOS INGRESOS DE LOS PADRES MAYORES/ TUTORES LEGALES

(Suplemento del Reporte Mensual de Elegibilidad)

Nombre del Caso:

Número del Caso:

El reporte es para el mes de:

INSTRUCCIONES: Los reglamentos estatales y federales requieren que cuando un padre o madre que es menor de edad (menor de 19 años) recibe asistencia monetaria a través del programa de Asistencia a Familias con Niños Necesitados (AFDC), los ingresos del padre o madre mayor o del tutor legal que viva en el mismo hogar deben ser tomados en cuenta. El departamento de bienestar del condado tiene que determinar qué cantidad de los ingresos de los padres mayores o de los tutores legales considerará a disposición de los padres menores de edad al determinar la elegibilidad, y la cantidad que va a otorgar.

- Para que el departamento de bienestar del condado pueda determinar qué cantidad de los ingresos se considerará a disposición suya, usted tiene que completar esta forma (CA 73) en su totalidad, y devolverla junto con su Reporte Mensual de Elegibilidad, CA 7. Esta forma tiene que ser recibida por el departamento de bienestar a más tardar el día 5 del mes. Si no se recibe el reporte para el 11 del mes, o si está incompleto, su asistencia monetaria y la Medi-Cal basada en asistencia monetaria pueden demorarse, disminuirse, o discontinuarse.
- Conteste las siguientes preguntas sobre sus padres o tutores legales que vivan con usted.
- Llame a su trabajador(a) si necesita ayuda para llenar esta forma.

1 ¿Recibió su padre o su madre o tutor legal ingresos, dinero, o beneficios durante el mes, tales como: salarios, pagos por entrenamiento, crédito de impuestos sobre ingresos ganados, beneficios de huelga, seguro social, jubilación del ferrocarril, seguro contra desempleo/incapacidad, intereses, compensación por lesiones de trabajo, SSI/SSP (cheques dorados), sostenimiento a hijos/pensión alimenticia, préstamos, subvenciones, reembolso de impuestos, regalos de dinero, vivienda/servicios municipales o públicos gratuitos, etc.?

SÍ NO

Si contestó que sí, complete la siguiente sección. Adjunte talones de pago u otros comprobantes de los salarios de sus padres/tutores correspondientes a este mes. Adjunte comprobantes para cualesquier otros ingresos sólo cuando comiencen o cuando cambien. Si alguien tiene negocio propio, liste los gastos relacionados con dicho negocio en una hoja aparte y adjunte prueba de los ingresos y los gastos para este mes.

Nombre(s) del padre/ tutor legal que recibió ingresos, dinero o beneficios	Fuente (Si son salarios, liste el nombre del empleador)	Escriba abajo la cantidad en dólares y las fechas en que realmente la recibió. Si son salarios, escriba la cantidad bruta (antes de las deducciones).					Si son salarios	
		Cantidad \$	Cantidad \$	Cantidad \$	Cantidad \$	Cantidad \$	No. de días tra- bajados al mes	No. de horas tra- bajadas al mes
Nombre del padre/ tutor legal primario		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		
Nombre de la madre/ tutor legal secundario		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		

2 ¿Hubo algún cambio en el número de personas que viven con los padres/tutores legales de usted a quienes declaren para los impuestos federales? Si respondió que sí, explique el cambio. Liste el nombre de las personas y la fecha del cambio.

SÍ NO

3 ¿Hubo algún cambio en la cantidad pagada por sus padres/tutores legales a una persona que vivía fuera del hogar a quien declaraban como dependiente para los impuestos federales? Si respondió que sí, complete la siguiente sección. Dé el nombre de la persona, la cantidad pagada y ADJUNTE comprobantes.

SÍ NO

Nombre	Cantidad Pagada	Nombre	Cantidad Pagada
	\$		\$

4 ¿Hicieron sus padres/tutores legales un pago por sostenimiento a hijos o pensión alimenticia a personas que vivían fuera del hogar? Si respondió que sí, complete la siguiente sección. Dé el nombre de la persona, la cantidad pagada, y ADJUNTE comprobantes.

SÍ NO

Nombre	Cantidad Pagada	Nombre	Cantidad Pagada
	\$		\$

CERTIFICACIÓN

Comprendo que el no reportar información o el representar falsamente los hechos para recibir Asistencia Monetaria o Medi-Cal basada en Asistencia Monetaria puede causar prosecución legal con sanciones de multa, encarcelamiento, o ambas cosas.

Comprendo que debo comunicarme con mi trabajador(a) para reportar cualesquier cambios que afecten mi elegibilidad para o la cantidad de mi Asistencia Monetaria dentro de 5 días de la fecha en que ocurran o si tengo alguna duda sobre si necesito reportar cualesquier cambios.

Comprendo que la información reportada puede causar una disminución o discontinuación de beneficios.

Comprendo que tengo el derecho de pedir una audiencia con el estado sobre cualquier acción propuesta por el departamento de bienestar del condado.

Declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en este reporte es verdadera y correcta y está completa para todo el mes de reporte.

DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES DEL REPORTE O SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO.

Firma del padre o madre menor de edad que recibe asistencia monetaria	Condado donde se firmó	Fecha en que se firmó
---	------------------------	-----------------------

SÓLO PARA USO DEL CONDADO